

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

POUR LE

N°
59

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS
(Mention Médecine)

PAR

Abdorreza MASSOUM-KHANI

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris.

Né le 14 mai 1910, à Téhéran (Iran).

Sur un Cas de Fistulisation
du Cancer Colique dans l'Intestin Grêle

Président : M. GRÉGOIRE, Professeur.

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1939

86

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(*Mention Médecine*)

PAR

Massoum-Khani ABDORRÉZA

(Iranien)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris.

Né le 14 mai 1910, à Téhéran (Iran).

Sur un Cas de Fistulisation
du Cancer Colique dans l'Intestin Grêle

Président : M. GRÉGOIRE, Professeur.

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

—
1939

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM.
Physiologie	ROUVIERE.
Physique médicale	Léon BINET.
Chimie médicale	STROHL.
Bactériologie	POLONOVSKI.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	Robert DEBRÉ.
Pathologie et thérapeutique générales	BRUMPT.
Pathologie médicale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	ABRAMI.
Anatomie pathologique	MONDOR.
Histologie	LEROUX.
Pharmacologie et matière médicale	CHAMPY.
Thérapeutique	TIFFENEAU.
Hygiène et médecine préventive	HARVIER.
Médecine légale	TANON.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BALTHAZARD.
Pathologie expérimentale et comparée	LAIGNEL-LAVASTINE.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	FIESSINGER.
Clinique médicale	CHIRAY.
Hygiène et clinique de la première enfance	LOEPER.
Clinique des maladies des enfants	CARNOT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	CLERC.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	Marcel LABBE.
Clinique des maladies du système nerveux	LEREBoullet.
Clinique des maladies infectieuses	NOBECOURT.
Clinique chirurgicale	H. CLAUDE.
Clinique ophtalmologique	GOUGEROT.
Clinique urologique	GUILLAIN.
Clinique d'accouchements	LEMIERRE.
Clinique gynécologique	CUNEO.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	GOSSET.
Clinique thérapeutique médicale	GREGOIRE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LENORMANT.
Clinique thérapeutique chirurgicale	TERRIEN.
Clinique propédeutique	CHEVASSU.
Clinique de la Tuberculose	COUVELAIRE.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	JEANNIN.
Clinique de cardiologie	LEVY-SOLAL.
Clinique de neuro-chirurgie	MOCQUOT.
Assistance médico-sociale	OMBREDANNE.
Professeurs sans chaire	RATHERY.
	LEMAITRE.
	Pierre DUVAL.
	Maurice VILLIARET.
	TROISIER.
	MATHIEU.
	LAUBRY.
	Clovis VINCENT.
	N...
	HAZARD.
	HOVELACQUE
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
AMELINE Pathologie chirurgicale.	CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
BARIETY Pathologie médicale.	COSTE Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.	DOGNON Physique.
BERNARD (Etienne) Pathologie médicale.	FEY Urologie.
BEZANÇON	FUNCK Pathologie chirurgicale.
(Justin) Hydrologie.	GALLIARD Parasitologie.
BOULIN Pathologie médicale.	GASTINEL Bactériologie.
BULLIARD ... Histologie.	DE GAUDART D'ALLAINES. Patholo-
CATHALA Pathologie médicale.	gie chirurgicale.

II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES .. Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN ... Anatomie pathologique
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL.. Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LEVY . Pharmacologie.

MM.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET ... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIÈVRE.. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHT Physiologie.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.
 ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER . Pathologie chirurgicale.

MM.
 LARDENNOIS . Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER ... Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE, Parasitologie.
 SCHWARTZ ... Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL .. Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.
 ALAJOUANINE.
 AUBERTIN.
 BRULÉ.
 CHABROL.
 DONZELOT.
 DUVOIR.
 LIAN.
 PASTEUR-VAL-
 LERY-RADOT
 SÉZARY. } Clinique médicale.

MM.
 BASSET.
 BROcq.
 CADENAT.
 GATELLIER.
 MOURE.
 QUENU.
 VELTER. } Clinique chirurgicale

MM.
 ECALLE.
 METZGER. } Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.
 CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique.
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
 RUPPE Stomatologie.
 WEIL-HALLÉ Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554629_0061

A SA MAJESTÉ

REZA CHAH PAHLAVI

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

*Qui n'ont reculé devant aucun sacrifice
pour aplanir le chemin de ma vie et de
mon éducation.*

A MES FRÈRES

A MES SŒURS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR R. GREGOIRE

Professeur de Clinique Chirurgicale.

a la Faculté de Médecine.

Officier de la Légion d'Honneur.

*Qui nous a fait l'honneur d'accepter la
présidence de notre thèse, l'expression de
nos hommages les plus respectueux.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ

FRANÇOIS DE GAUDARD D'ALLAINES

Chirurgien des Hôpitaux.

Chevalier de la Légion d'Honneur.

*Qui nous a comblé durant notre étude de
tant de conseils et qui nous a laissé le
souvenir charmant de son enseignement si
plein d'agrément et de bienveillance.*

*Qu'il daigne recevoir ici l'expression de
notre reconnaissance la plus sincère.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROUX-BERGER

Chirurgien de l'Hôpital Tenon.

Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a accueilli si aimablement dans
son service et nous a inculqué si paternel-
lement le sentiment de notre devoir. Qu'il
en soit tout particulièrement remercié.*

A NOS MAÎTRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Stage :

MONSIEUR LE PROFESSEUR E. SERGENT

MONSIEUR LE PROFESSEUR MATHIEU

MONSIEUR LE DOCTEUR LOUIS RAMOND

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEREBoullet

Externat :

MONSIEUR LE PROFESSEUR MARION

MONSIEUR LE DOCTEUR GUTMANN

MONSIEUR LE DOCTEUR HAUTANT

MONSIEUR LE DOCTEUR MENEGAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR ROUX-BERGER

A MONSIEUR MERAT

A MONSIEUR TAYER

Directeurs de l'Office Scolaire à Paris.

*Qui m'ont guidé dans mes études avec
la plus grande bienveillance.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR ACHTIANY

A MONSIEUR LE DOCTEUR ESPAHANY

*Qui m'ont prodigué leurs conseils pour
faciliter ma tâche.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR PIERRE JOURDAN

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris.

A MONSIEUR LE DOCTEUR HENRI MARION

A MON AMI

CTIBOR BOHANES

INTRODUCTION

Notre maître Monsieur le professeur agrégé de G. d'ALLAINES nous parlait un jour des complications des cancers de l'intestin.

Etant arrivé au chapitre des cancers de gros intestins il s'arrêta plus particulièrement sur les fistules qui compliquent cette affection. Nous apprîmes alors que les fistulisations étaient loin d'être rares, mais ce qu'on observait surtout et le plus souvent c'étaient des fistules cutanées stercorales et des fistules vésicales.

Par contre une variété de cette complication était d'une rareté extrême : la fistule jéjuno ou iléo-colique.

Il nous cita entre autres un cas observé par lui-même et dans lequel les résultats thérapeutiques opératoires s'étaient avérés absolument satisfaisants.

Cette observation nous ayant frappé particulièrement, étant donné la rareté de tels cas et surtout le caractère exceptionnel du résultat opératoire, nous lui demandâmes l'autorisation d'en faire un sujet de travail.

Il accueillit avec la plus grande sympathie cette proposition et nous promit toute assistance à son sujet.

C'est ainsi que nous fûmes amené à entreprendre cette tâche malgré les difficultés inhérentes à sa menée à bien. Mais confiant dans l'aide et l'appui de notre maître, nous allons nous efforcer à faire notre possible pour que ces quelques pages qui vont suivre ne soient pas absolument dénuées de tout intérêt et nous nous abritons sous l'indulgence et la bonté de notre maître et de nos lecteurs pour que nous soient pardonnées, l'indigence et la pauvreté littéraires et scientifiques qui ne manqueront pas de se faire jour dès les premières lignes.

DIVISION DU TRAVAIL

Nous allons, pour être clair dès le début, exposer le plan que nous suivrons dans tout ce travail : nous développerons successivement :

A) Les fistules des cancers coliques en général.

B) L'existence ou l'absence des cancers du grêle fistulisés dans le gros intestin.

C) L'observation originale.

D) Autres cas tombés sous nos yeux dans nos recherches bibliographiques.

E) Le diagnostic :

a) Préopératoire.

— clinique.

— radiologique.

b) Au cours de l'intervention.

F) Lésions anatomo-pathologiques.

G) Enfin le traitement.

— ce qui a été fait.

— discussion d'autres techniques.

A. — DES FISTULES DES CANCERS COLIQUES

1) HISTORIQUE

Dans les traités de pathologie chirurgicale, anciens ou récents que nous avons compulsés, nous n'avons trouvé que rarement une mention de cette complication des cancers des côlons qu'est *la fistulisation dans l'anse jujéno-iléale*.

DE BOVIS en 1901, dans son article magistral ne spécifie nullement cette complication qui est englobée dans l'ensemble des fistules viscérales.

OCKINZIC dans les *travaux de chirurgie de l'Hôtel-Dieu* lui consacre quelques lignes.

DELBET et LE DENTU ne vont pas au-delà d'une mention sommaire.

Ce n'est que dans quelques articles originaux que nous avons pu puiser quelques cas de ce genre avec détails cliniques et exposé de trouvailles opératoires et surtout nécroptiques.

A l'avènement de l'ère radiologique un grand moyen de diagnostic est mis au service des cliniciens et effectivement à partir de cette époque les observations sont plus éloquentes au point de vue conclusion préopératoire. Donc nous pouvons émettre sans crainte de contredit l'opinion suivante :

Le diagnostic purement clinique de la fistule iléo-côlique *n'a pas été fait très exactement avant la découverte des rayons X.*

2) ETIOLOGIE

FRÉQUENCE :

En général les complications péri-néoplasiques des côlons se localisent sur le côlon droit et ce n'est que plus rarement qu'on les observe sur le segment gauche.

De même en ce qui concerne spécialement les fistules, les variétés différentes en peuvent être classées comme suit.

a) Les plus fréquentes sont les *fistules cutanées stercorales* : on les trouve mentionnées dans presque tous les ouvrages de chirurgie concernant les côlons; de ce fait nous nous trouvons autorisé à passer rapidement sur ces variétés.

b) Ensuite viennent les *fistules vésicales*, qui, bien que plus rares que les précédentes n'en sont pas moins, beaucoup plus fréquentes que celles que nous avons à décrire. Si nous mentionnons quelques-uns de leurs plus grands symptômes : *Pneumaturie, fécalurie* et *cystite*, c'est pour bien mettre en évidence leur différence fondamentale avec les suivantes :

c) Ce qui est d'une rareté extrême c'est la *fistulisation du cancer du côlon gauche dans l'intestin grêle* : nous n'en voulons pour preuve que la pénurie et même la quasi inexistence des observations sur ce cas.

Nous avons donc terminé avec la notion de fréquence de cette complication; nous ne nous attarderons pas sur les autres chapitres d'étiologie qui ne présentent rien de particulier et se confondent avec ceux du cancer colique en général.

3) SYMPTOMALOGIE

Elle peut être divisée en deux sous-chapitres :

a) *Signes communs* à tout cancer du gros intestin : sans intérêt spécial.

b) *Ceux en rapport avec l'installation de la fistule* : il ressort de quelques observations que nous avons trouvées que le signe capital de la fistulisation se résume en :

L'apparition subite d'une diarrhée relativement intense après une période plus ou moins longue de constipation entrecoupée ou non de diarrhée légère.

Cette diarrhée dure habituellement jusqu'à la fin de l'évolution du néoplasme.

Elle n'est pas alternée avec de nouvelles périodes de constipation.

Le nombre des selles, d'abord très élevé, diminue ensuite, mais il ne descend presque jamais au-dessous de trois ou quatre dans les 24 heures.

Ce sont des selles très liquides, parfois sanglantes, fétides et glaireuses.

Une telle diarrhée avec les caractéristiques que nous venons de décrire plaide en faveur d'une *fistulation entéro-colique*, de nature imprécise : inflam-

matoire ou néoplasique. Ce n'est que sur les autres signes cliniques qu'on peut baser exactement le diagnostic de nature de la lésion.

Cependant comme nous l'avons laissé voir au début de ce travail le dernier mot reste à *l'examen radiologique*. Nous nous étendrons suffisamment en son temps sur cet admirable adjuvant scientifique pour nous contenter momentanément de ces quelques mots qui suffiront à orienter une fois pour toutes l'attention du lecteur.

Enfin mentionnons qu'exceptionnellement un *syndrome occlusif* peut amener le malade à consulter : c'est le cas dans une observation que nous reproduisons plus loin; encore s'agit-il dans ce cas exceptionnel d'un lymphosarcome de l'intestin grêle de gros volume et d'origine vraisemblablement ganglionnaire.

B. — EXISTE-T-IL OU NON DES CAS DE CANCER DU GRELE FISTULISES DANS LES COLONS ?

Après de patientes investigations *nous ne pouvons répondre que d'une façon très imprécise* à cette question. Les raisons en sont nombreuses :

1) La gangue du tissu néoplasique ne permet pas l'identification exacte des anses.

2) L'examen microscopique a presque toujours penché pour la *topographie colique* de la lésion.

3) Par contre dans quelques cas l'impression à l'examen macroscopique de la pièce a été qu'il s'agissait de *cancer du grêle*.

De toute façon nous nous trouvons dans l'obligation de faire intervenir des impressions personnelles et la notion de fréquence des variétés topographiques.

Comme cette question ne présente d'ailleurs pas un intérêt crucial, nous nous réfugierons dans le silence pour ne pas émettre une opinion erronnée.

C. — OBSERVATION ORIGINALE

Mademoiselle C., 66 ans, vient consulter pour la première fois le 5 décembre 1935. Elle se plaint de phénomènes diarrhéiques.

Nous nous enquérons de ses antécédents et c'est ainsi qu'elle nous raconte l'histoire qui suit.

Elle a toujours été bien portante et ne se rappelle avoir jamais eu besoin de soins médicaux ou chirurgicaux importants sauf en 1919 : à cette époque elle a suivi un traitement radiologique pour goître.

Entre 1919 et 1935 elle ne signale rien de particulier.

Au mois de juillet 1935, elle a souffert d'une sciatique du côté droit qui d'ailleurs a disparu complètement dans la suite.

Constipée depuis des années, elle remarque que *sa constipation s'aggrave* en même temps qu'elle devient paroxystique : *Périodes de constipation absolue entrecoupées de débâcles.*

Elle ne s'en inquiète pas beaucoup jusqu'au mois de septembre 1935 :

C'est alors qu'une *débâcle intestinale brutale survient* : diarrhée très importante, le nombre des selles dépassant 4 ou 5 par jour. Elles sont liquides, foncées, très fétides.

Cette crise dure quinze jours puis diminue d'intensité sans que le phénomène diarrhéique disparaisse jamais dans la suite.

Signalons trois points importants :

- elle n'a jamais souffert;
- elle mangeait bien;
- elle n'avait pas de température.

Mais elle a remarqué trois symptômes d'importance :

- Une légère fatigue.
- Une pâleur d'apparition récente.
- Un amaigrissement de 4-5 kgs.

EXAMEN :

C'est fort de ces renseignements qu'on procède à l'examen de cette malade :

Il s'agit d'une femme amaigrie, avec des traits tirés, mais la pâleur n'est pas très prononcée.

— En découvrant l'abdomen, on est frappé dès l'abord par une augmentation du volume du ventre. Cette distension est symétrique et ne laisse voir aucun phénomène péristaltique.

— La palpation montre :

Dans la *région sous-ombilicale médiane et gauche*, une masse un peu irrégulière, de grosseur d'un poing, indolore et légèrement mobile suivant l'axe transversal, mais absolument immobile dans le sens vertical.

On ne décèle ni ascite, ni œdème des membres inférieurs.

— Le toucher rectal (toucher vaginal étant impossible), ne montre rien d'anormal.

— Les examens complémentaires permettent les constatations suivantes :

— Les poumons sont normaux.

— L'urée sanguine est de 0 gr. 25.

— Le temps de coagulation est de 7 minutes.

— Le temps de saignement entre une minute et demi et 3 minutes.

Dans la lettre que son médecin (D^r JACOB) nous adressait, il signalait des selles sanglantes à l'examen microscopique.

Après une telle symptomatologie, il nous a été facile de poser le diagnostic de néoplasme digestif très vraisemblablement colique gauche (étant donné la constipation de longue date et la fréquence de localisation néoplasique à gauche); mais toute précision nous a été impossible.

EXAMEN RADIOLOGIQUE :

Nous avons alors procédé à l'examen radiologique et c'est le lavement baryté qui a tranché le diagnostic exact; voici d'ailleurs le compte rendu radioscopique.

— Le passage de la matière opaque s'effectue correctement dans l'ampoule rectale, puis progresse normalement jusqu'au détroit supérieur : *à ce niveau du côlon gauche, brusquement la progression de l'opacité cesse pour donner naissance à une lacune.*

— Au-dessus de cette image lacunaire, le côlon re-

prend et se distend dans sa partie moyenne par une aérocolie.

— Mais le point le plus intéressant de cette exploration réside au niveau de la lacune : *c'est le passage*



rapide de la baryte dans l'intestin grêle qu'elle injecte et remplit dans ses soixante derniers centimètres.

— Examinons de plus près cette image de fistule : nous verrons (voir la reproduction de la radiographie) qu'elle est formée par des bords rigides sans aucune souplesse, contrastant avec le segment intestinal avoisinant qui reste souple et élastique.

— Remarquons de plus que l'injection du grêle se fait dans le sens normal du courant péristaltique.

Le reste des côlons est injecté normalement sur une radiographie prise 5 heures après le lavement.

Nous concluons donc après cet examen précieux à l'existence d'une fistule jéjuno-côlique à bords rigides et due certainement au néoplasme.

— Etant donné l'état général satisfaisant de la malade, l'intervention est décidée :

INTERVENTION :

— Anesthésie au protoxyde d'azote, de durée d'une heure et demie.

— Incision médiane sous-ombilicale.

On découvre de suite une tumeur volumineuse qui occupe le bassin surtout à gauche et qui est adhérente. Le grêle vient se perdre dans la tumeur à environ 40 cm. de l'abouchement iléo-cæcal.

Au-dessus de la tumeur, il est dilaté, au-dessous aplati.

— On commence par sectionner le jéjunum au-dessus et on l'implante dans le côlon droit : anastomose termino-latérale en deux plans aux fils de lin. Fermeture du bout inférieur.

— On sectionne ensuite l'iléon au-dessous de la tumeur et on ferme ses deux extrémités. Section du mésentère entre les deux points de section pour libérer complètement l'intestin grêle. On attire alors la tumeur en avant, celle-ci est largement adhérente aux annexes gauches que l'on sectionne à leur implanta-

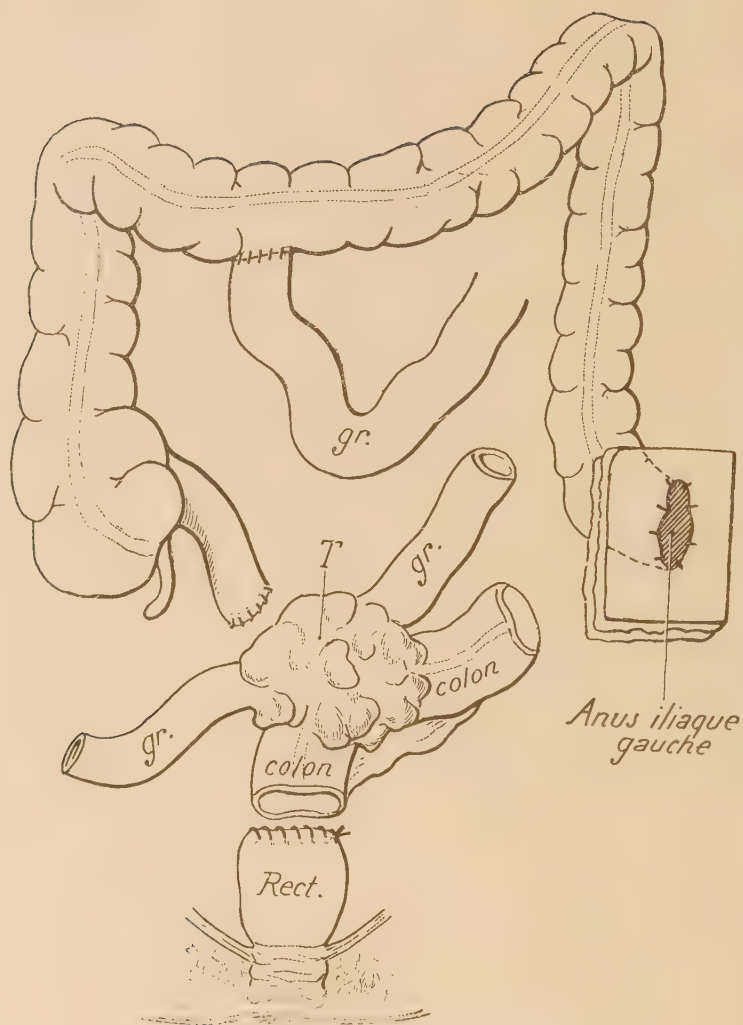


Schéma de la technique opératoire.

tion sur l'utérus : la dissection de la tumeur est difficile, on est obligé tout d'abord de passer au-dessous d'elle et de sectionner le rectum au-dessous du promontoire; fermeture du rectum en deux plans.

Utilisant alors le plan de décollement devant le promontoire, on libère progressivement la face postérieure de la tumeur découvrant ainsi la bifurcation de l'aorte et l'uretère adhérent qui est libéré; on arrive au sigmoïde que l'on sectionne; ligature de nombreux vaisseaux du méso. On abouche le sigmoïde à la peau de la fosse iliaque gauche sur un tube de PAUL (voir Figure).

MICULICZ au niveau de la zone de décollement du sigmoïde. Un drain dans le Douglas. Fermeture de la paroi en trois plans et soies perdues.

N. B. — Aucune opération palliative n'était possible étant donné que la lésion occupait l'intestin grêle et le gros intestin en même temps et qu'une dérivation intestinale aurait nécessité l'établissement d'un anus artificiel sur le grêle, opération généralement mortelle à brève échéance.

SUITES OPÉRATOIRES :

Très simples : la malade est sortie un mois après l'intervention.

Nous l'avons revue en novembre 1938 :

— elle a un bon état général, elle a engraisé, ne présente rien d'anormal. L'anus iliaque est très bien supporté, elle n'a aucun trouble de ce côté.

D. — AUTRES CAS

I. — Nous signalerons un cas qui ressemble par beaucoup de points au nôtre, mais malheureusement l'observation reproduite dans le bulletin de la Société d'internat des hôp. de Paris (26 mai 1904, p. 24) est très succincte. Nous avons pu la retrouver dans la *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale* où elle a paru deux ans auparavant : voici le résumé de cette communication.

Il s'agissait d'une jeune femme de 28 ans qui était venue consulter pour :

- vomissements,
- douleurs abdominales,
- diarrhée et surtout :
- un amaigrissement énorme.

A l'examen on est frappé par la pâleur de la malade.

La peau de l'abdomen est blafarde et flasque.

A la *palpation* on découvre une grosseur anormale de consistance dure dans la partie médiane de la région hypogastrique et un peu à gauche.

Comme antécédents rien de particulier, sauf une constipation tenace qui a été d'ailleurs transformée en diarrhée.

On intervient, et on découvre : un épithélioma de l'anse iliaque ayant envahi et perforé latéralement une anse intestinale grêle.

On résèque l'anse grêle sur une longueur de 7 cm. et l'S iliaque sur une longueur de 15 cm. environ.

Suites opératoires normales.

Guérison sans complications.

Deux ans et demi après, la malade était toujours en bonne santé.

Cette observation ressemble par beaucoup de points à la nôtre, mais malheureusement beaucoup de détails intéressants nous manquaient à son sujet, mais malgré cela elle est précieuse au point de vue résultat opératoire.

II. — Une autre observation plus récente nous est fournie par la « *Bulletin et Mémoires de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 24 fév. 1936 ».

— Bien qu'il s'agisse ici d'une fistule duodéno-côlique par cancer du côlon nous nous croyons autorisé à la reproduire étant donné l'intérêt diagnostique qu'elle présente.

Messieurs P. CARNOT et J. CAROLI rapportent le document suivant :

— Il s'agit d'un jeune homme de 29 ans, atteint gravement au point de vue état général : il a perdu 10 kg. en un mois. Une diarrhée abondante s'est installée, résistant à tout traitement médical.

— On a décelé du sang dans les selles à l'examen microscopique.

— Il est notablement anémique cliniquement et hématologiquement.

— Il souffre de pesanteurs dans l'hyponchondre droit.

A l'examen :

Tumeur mal délimitée, dure et allongée transversalement dans la région sous-hépatique, sans contact lombaire ni mobilité respiratoire.

Le diagnostic de cancer a été posé d'après ces symptômes.

Mais la fistule a été cliniquement muette : Pas de vomissements stercoraux, la diarrhée était différente de lientérie après examen des selles.

— C'est la *radioscopie* qui a découvert l'existence de la fistule.

Après le lavement baryté, le côlon ascendant et la moitié gauche du côlon transverse se remplissent bien mais l'angle droit du côlon ne s'injecte pas correctement : il se forme un défilé. *Le duodénum et l'estomac se remplissent* par changement de position. Peu de temps après, le *malade vomit du lait baryté*.

L'opération a été tentée :

— colectomie droite, mais la plaie duodénale a été impossible à refermer. La mort survient le soir même.

La pièce : montre une tumeur d'origine colique : épithélioma typique avec dégénérescence colloïde. Pas de muqueuse duodénale identifiable.

— Comme on voit, le diagnostic de fistule n'a pu être fait que par l'examen radiologique.

— La *troisième observation* intéressant la question a été trouvée dans les « *Annales d'Anatomie pathologique*, N° 13, 1936, p. 515). Elle a été rapportée par le Docteur CHIGOT.

— Il s'agissait d'une anastomose jéjuno-cæcale pathologique par lympho-sarcome de l'intestin grêle.

— C'est un homme de 42 ans qui est amené à consulter pour un syndrome d'occlusion aiguë.

— vomissements.

— météorisme; paroi tendue, contracture légère.

— température à 38°2. Pouls rapide.

— amaigri.

Nous relevons dans ses antécédents :

— des alternatives de diarrhée et de constipation. Ce sont des troubles qui ont nécessité son hospitalisation un mois auparavant. A cette époque, l'examen des selles n'a décelé ni sang ni parasites.

Un examen radiologique complet a été fait, mais sans permettre le diagnostic et ce n'est que rétrospectivement après les constatations anatomiques que l'interprétation de clichés a été possible.

— A l'*intervention*, l'attention est attirée par la présence de liquide dans le péritoine et l'existence de perforation d'une anse iléale dans le mésentère qui est dédoublé par ces perforations.

— Après l'exploration minutieuse de cette anse et de la masse tumorale on découvre qu'il s'agit du jéjunum et non de l'iléon.

On remarque en outre :

— que l'anse jéjunale est presque complètement sectionnée par des tiraillements et sphacèle;

— que le cæcum est verdâtre et sphacélique dans sa partie inféro-latérale;

— qu'il existe une poche gangréneuse jusqu'au contact du mésentère, plein de ganglions.

— On pratique alors une résection de l'anse et on abouche le cæcum à la peau.

— Survie de quelques jours.

— Mort dans un tableau de cachexie et de péritonite.

La pièce examinée décèle un lympho-sarcome de point de départ vraisemblablement ganglionnaire.

— Comme conclusion on peut dire qu'il *s'agissait* d'une extériorisation par perforation dans le cæcum et dans le péritoine. Procédé d'anastomose mixte :

— inflammatoire et néoplasique.

Enfin nous signalerons pour être complet le résumé d'une observation de « fistule gastro-colique par néoplasme ». Elle a été rapportée par MM. ROSSELET et MENGIS dans le *Journal de radiologie et d'électrologie*, Paris T. XVII, n° 5, Mai 1932, p. 210.

— Douleurs abdominales.

— Vomissements fécaloïdes, acides.

— Perte de poids énorme : 50 kg. en 5 mois.

— Diarrhée : selles sanglantes.

— A la radio : image de cancer; en plus : fistule communiquant le côlon et l'estomac.

E. — LE DIAGNOSTIC

I. A la lumière de ces observations nous pouvons dire et répéter que dans la presque totalité des cas le *diagnostic pré-opératoire a été posé grâce à l'examen radiologique.*

Mais pour procéder dans l'ordre, voyons d'abord ce que pourrait découvrir la clinique :

a) La première notion à déterminer est l'existence du néoplasme. Elle est mise en évidence par les antécédents nosologiques et les particularités étiologiques, bien que le sarcome des jeunes soit responsable pour une grande part dans la fistulisation entéro-côlique.

b) Quoiqu'il en soit et même après la découverte du cancer rien ne permet de conclure absolument à l'existence de la fistule.

Nous avons dit que l'*apparition inopinée d'une diarrhée* continue après des périodes alternées de diarrhée et de constipation était un grand argument en faveur de la fistule, mais nous n'avons pas oublié le cas où par contre le syndrome occlusif attire l'attention du malade et du médecin.

— Nous pouvons donc dire sans crainte de commettre une grave erreur que le diagnostic clinique est presque impossible.

Reste *l'examen radiologique* : il est évident que dans la plus grande majorité des cas il met sur la voie du diagnostic, mais là non plus nous ne pouvons pas être par trop affirmatif (le cas où l'examen radiologique n'a pas été concluant). Quoi qu'il en soit, et mettant cette exception sur le compte de défaut de technique, pourrons-nous peut-être énoncer que normalement et dans des conditions techniques irréprochables le diagnostic radiologique est probant.

— Qu'est-ce donc qui révèle l'existence de la fistule ?

1. — Comme nous l'avons vu précédemment le passage rapide de la bouillie barytée du gros intestin dans le grêle, ou le duodénum, sans injecter le reste du côlon, et notamment sans passer par la valvule iléo-cæcale est un signe capital et presque pathognomonique.

2. — Dans le cas où ce passage anormal ne s'est pas produit il s'est agi probablement d'une fistule à orifice tellement serré ou exigü que la force de poussée du lavement n'a pas suffi à faire franchir ce défilé par la matière opaque.

Fort de ces renseignements et l'existence de la fistule une fois admise, peut-on dire quelle est la nature de la lésion ? est-elle ou non cancéreuse ?

Bien que malaisé si la nature cancéreuse n'a pas été découverte au préalable, néanmoins on pourrait se baser sur l'aspect de la région où siège la fistule pour étayer ce diagnostic :

— Y a-t-il une lacune ?

— Les bords de la fistule sont-ils rigides, sans souplesse, contrastant avec le reste de la paroi intestinale ?

Tous ces symptômes plaident en faveur du néoplasme, mais n'oublions pas qu'une gangue inflammatoire chronique fistulisée est capable de posséder presque tous ces caractères (*Le Scalpel*, année XXXI, n° 1, Janv. 1933).

En résumé l'examen radiologique bénéficie du plus grand crédit et jusqu'à nouvel ordre c'est sur lui qu'on se basera pour la mise en évidence des lésions qui nous intéressent.

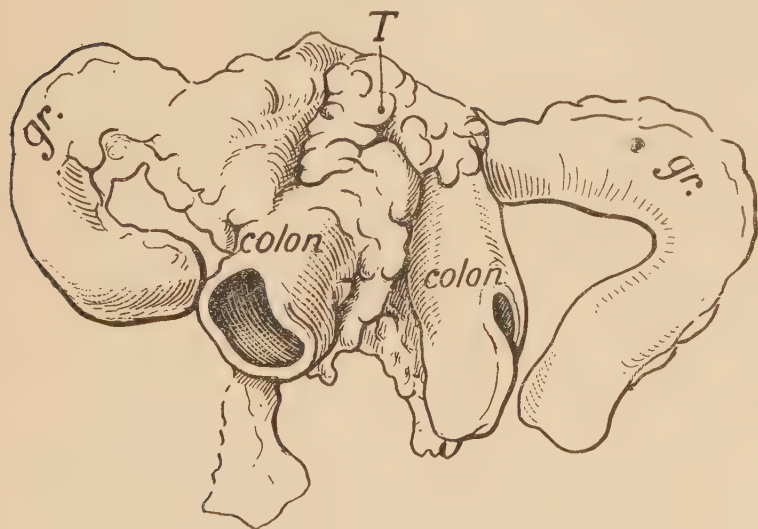
— Si malgré tout l'examen radiologique ne permet pas le diagnostic précis nous serons acculé au dernier moyen auquel on procède dans tous les cas même après le diagnostic si toutefois l'état du malade permet une telle entreprise :

l'intervention chirurgicale, et c'est l'aspect des lésions à l'intervention que nous allons étudier dans le chapitre anatomo-pathologique.

F. — LÉSIONS ANATOMO-PATHOLOGIQUES

I. — Lésions macroscopiques de la pièce opératoire.

a) DANS NOTRE CAS on a été frappé dès l'abord par la confusion de la masse qui englobait côlon, grêle, annexes et mésentère (voir figure).



— Après la dissection minutieuse de cette masse recouverte pour la plus grande partie d'une énorme lipomatose, nous avons pu y distinguer les éléments constitutifs suivants :

1) *Le côlon gauche*, dans sa portion sigmoïdienne,

dur, un peu rétracté, adhérent intimement par sa face latérale droite à l'iléon : c'est sur cette face que siégeait la fistule. Cette fistule présentait les dimensions d'une pièce de 0 fr. 50 à bords très rigides mais sans végétations exubérantes.

En amont de la lésion, le côlon était dilaté et hypertrophié; en aval il était aplati et flasque.

La séreuse environnante avait perdu comme c'est le cas en général son poli dans les régions où les adhérences n'interdisaient pas toute inspection de la séreuse.

2) Une *anse intestinale* accolée au côlon et fistulisée dans celui-ci par sa face latérale gauche.

Dans l'ensemble l'aspect général de cette anse n'est pas très modifié sauf toutefois une petite dilatation en amont et un aplatissement en aval.

3) *Le mésentère* et le méso-côlon se confondant dans une hypertrophie graisseuse et ganglionnaire; c'est d'ailleurs grâce à cette lipomatose que la tumeur a acquis le volume énorme qu'elle présente.

Remarquons en outre que le méso de l'iléon est très fragile et friable.

4) *Annexes* : toute cette masse adhère par sa face profonde et postérieure aux annexes gauches qui ont été enlevées en même temps que le reste de la tumeur.

La zone de décollement postérieure s'est étendue jusqu'au tissu conjonctif recouvrant l'aorte et l'urètre gauche.

b) DANS LES AUTRES CAS que nous avons relatés, on a pu être en présence :

1°) *De tumeurs de volume considérable* constituée soit par une dégénérescence du tissu lymphatique, soit par des tumeurs encéphaloïdes.

2°) Quelquefois par contre ce sont des *squirrhes* et des tumeurs atrophiques qui ont attiré l'attention.

3°) Nous avons trouvé un cas où la tumeur a été le point de départ non seulement de la fistule, mais d'une *perforation* dans le péritoine et dans le mésentère.

Mais il est à noter que les réactions ganglionnaires cancéreuses pures ont été très peu importantes et dans les tumeurs où le rôle des ganglions apparaît prédominant, il s'agissait le plus souvent de réactions inflammatoires se surajoutant au processus néoplasique. Cette même origine inflammatoire intervient pour une grande part dans le mécanisme d'adhérences.

Ce n'est qu'à titre de pure curiosité que nous mentionnons ici une explication donnée de la cause des adhérences et reproduite dans un ouvrage ancien. D'après cette théorie l'accolement de deux anses (côlon transverse et grêle) serait dû au changement qui surviendrait dans la mobilité du côlon transverse par le néoplasme. En effet, le méso-côlon rétracté par envahissement cancéreux immobiliserait l'anse collique atteint et c'est alors que se produirait l'adhérence avec une autre anse ou organe intra-abdominal.

Nous terminerons enfin ce sous chapitre en disant que les *métastases* sont très rares.

II. — Lésions microscopiques.

a) Voici le *compte rendu de l'examen microscopique* des coupes faites dans notre pièce opératoire :

— Tumeur de l'intestin grêle et du côlon avec fistulisation.

L'examen histologique montre, aussi bien sur le prélèvement colique que sur le grêle, une infiltration diffuse de toute la paroi par un épithélioma cylindrique muqueux du type intestinal banal et dont les bourgeons font saillie à la surface de l'intestin grêle.

Cette infiltration est si diffuse qu'il est impossible de saisir l'origine de la tumeur, et ce d'autant plus que son aspect serait le même quelle que soit son origine, à partir du grêle ou du côlon.

— A noter sur l'intestin grêle un aspect particulier de la muqueuse saine voisine, caractérisée par une exagération considérable de la sécrétion muqueuse.

— Nous en déduisons que, mise à part l'impression recueillie à l'examen macroscopique et qui a conclu à l'origine colique de la tumeur, nous sommes dans l'impossibilité d'appeler à notre aide le test microscopique pour corroborer notre impression. Mais heureusement l'intérêt au point de vue pratique de telle discussion nous paraît négligeable et l'origine colique

ou jéjunale du néoplasme n'influe en rien sur le mode de traitement.

b) *Dans d'autres cas* on a pu signaler la plupart des variétés de cancer, mais nous avons eu l'impression que ce sont principalement des carcinomes solides qui tendent à l'adhérence et à la fistulisation.

TRAITEMENT

Il y a une notion qu'il faut mettre en évidence avant tout :

— *C'est l'importance et la complexité des lésions* qu'on sera appelé à traiter. Nous n'avons pas oublié ce que nous avons maintes et maintes fois répété au cours de ce travail, à savoir :

— les *adhérences* aux organes voisins et surtout aux annexes;

— l'hypertrophie et la *lipomatose des mésos*, ainsi que leur *fragilité* qui rendent leur maniement très délicat.

Comme tout traitement chirurgical d'ordre intestinal, on est en présence de deux procédés :

I. — Palliatif.

C'est un procédé illogique, car les deux intestins étant atteints, il faudra faire une double entérostomie et nous n'ignorons pas les dangers d'une telle entreprise, étant donné que l'entérostomie grêle à elle seule n'aboutit que trop souvent à des résultats aptes à décourager le plus optimiste des chirurgiens.

On pourra peut-être avancer en faveur de ce procédé palliatif l'argument qui tire son origine de l'oc-

clusion de l'anse colique, mais nous savons d'autre part que ce sont presque toujours des tumeurs volumineuses qui ont une tendance marquée à la fistulisation et que dans ces variétés de tumeur on ne voit que très rarement l'occlusion.

Nous arrivons ainsi au traitement :

II. — Curatif.

A) *La technique idéale réside en double résection intestinale en un temps.*

a) *On résèque l'intestin grêle et on rétablit immédiatement la continuité :*

— soit par jéjuno-jéjunostomie si l'intestin grêle est pris dans son segment haut et bien vascularisé;

— soit par implantation jéjuno-colique s'il s'agit d'une atteinte dans la zone basse et mal irriguée (ce qui a été fait sur la malade de notre observation originale).

b) Quant au *côlon* : après sa résection, l'éventualité d'une suture bout à bout des deux segments nous paraît déraisonnable, car :

— elle augmente considérablement la durée de l'intervention;

— on est en présence d'un côlon très enflammé où les sêreuses ne se prêtent pas volontiers à de telles manœuvres *Il faut donc aboucher le côlon à la peau.*

1) Soit *par les 2 bouts* si on le peut (côlon très long); et dans ce cas on pourra envisager ultérieurement la fermeture de cet anus.

2) Soit par *un seul bout* comme chez notre malade et alors on devrait se résigner à laisser un anus iliaque définitif.

B) Opération en deux temps.

Réservée exclusivement aux cas où la cachexie et l'atteinte de l'état général ne permettent pas d'entreprendre une intervention plus radicale.

On pourra alors procéder à l'exclusion des deux intestins en amont :

1^{er} temps :

- Résection du grêle et suture jéjuno-colique;
- abouchement à la peau du bout colique.

2^e temps :

- Ablation de la tumeur.

Résultats.

La double résection en un temps, thérapeutique énergique, est justifiable, car :

— en ce qui concerne notre malade, nous l'avons revue trois ans après l'opération : les résultats sont très satisfaisants comme nous l'avons d'ailleurs relaté à la fin de notre observation.

— D'autre part, dans une des observations citées au cours de notre exposé l'opération avait très bien réussi et deux ans après l'intervention, on n'avait encore aucune complication à déplorer.

CONCLUSIONS

1) La fistulisation dans l'intestin grêle d'un cancer du gros intestin est un événement *rare et tardif* de ces tumeurs.

2) *Le diagnostic en est difficile :*

— L'examen *radiologique* est indispensable et il en permet généralement le diagnostic.

3) *Les lésions sont toujours importantes et complexes*; la tumeur volumineuse est toujours *adhérente* et les *mésos* sont *largement envahis*.

4) La *technique chirurgicale* est particulièrement *difficile* étant donné la complexité des lésions anatomiques.

En outre, une *opération palliative* est en principe à *rejeter*, puisqu'elle devrait comporter une fistulisation de l'intestin grêle et du gros intestin à la fois.

5) Malgré l'importance de l'intervention radicale (Double résection intestinale), *cette technique reste le procédé de choix* et se justifie par les bons résultats éloignés.

Vu : *Le Président de la Thèse,*
GRÉGOIRE.

Vu : *Le Doyen,*
M. TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- BACIGALUPI (M.). — Le diagnosi precoce di fistola diguinocolica. *C. Riv. di Radiol. e. fis. med.* 7 : 443-456. Ang. 1933.
- BECKER. — De la résection intestinale. *Deutsche Zeitschrift. für chirurgie*, 1894, 39 : 1-2, p. 148.
- BERNARD (R.). — Quatre cas de cancer du col. gauche élevés en un temps avec entérostomie complémentaire et suture termino-terminale extériorisée. *Journ. de chir.*, 1936, p. 585.
- CARNOT (P.), FROUSSARD et DE MARTEL. — Vomissements fécal. par fist. jéj.-côl. après ulcère peptique chez un ancien gastro-entérostomisé. *Bullet. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris*, 1918, XLII, p. 1173.
- CZERNY. — Zur Dammersection. *Berliner Klinischer Wochenschrift*. 1880, 8 nov., p. 515.
- CZERNY et RINDFLEISCH. — Carciome médullaire du côlon transverse : adhérence avec jéjunum. et ulcéral. jéjunocolique. *Beitrag zur Klinischen*, Bd IX, 1892, p. 744.
- DE BOVIS. — Le cancer du gros intestin. *Revue de chirurgie*, Juin 1900.
- DUCATTE. — Ptose du gros intestin. *Thèse de Paris*, 1899.
- ENGEL (M.). — Fistule jéjuno-côlique secondaire au cancer du côlon. *Thèse de Paris*, 1936, n° 90.
- FAGUANO (G.). — Fistule jéj.-côlique. *Rivista ospedaliera*, 24-126 : 35. Fév.-mars 1934.
- FINSTERER. — Sur le traitement chirurgical des cancers du gros intestin en un temps de bonnes conditions.
- FOWLER (H. A.). — Iléo-sigmoïdal, périvésical abcess with rupture into bladder secondary to intestino intestinal fistula. *Journal of urolo.*, 38, p. 74-80. July 37.
- HARRISON CRIPP. — Trois cas d'anastomose intestinale. *The British med. journal*, 1897, 27 mars, p. 777.

- HARTMANN, LECÈNE et OCKINZIC. — Travaux de chirurgie anatomo-clinique.
- HELLSTRON (N.). — Fistule jej.-côl. peptique. *Acta chir. scandin. Stockholm*, 1921, 2, L. IV, p. 292-301.
- JAYLE. — Fistule jéj-colique par cancer. *Soc. d'inter. des hôp. de Paris*, 1904, 26 mai, p. 24.
- Epithélioma de l'S iliaque ayant envahi et perforé latéralement une anse intestinale grêle. Résection de l'anse et de l'S iliaque. Guérison. *Revue de Gynécologie et de chirurgie abdom.*, 1902, p. 448.
- KOCHER. — Une triple résection intestinale. Fistule entéro-côlique par cancer du gros intestin. *Correspondenzblatt für Schweitzer Ärzte*, 1890, 1^{re} Avr., N° 7.
- LAUBIE et CHARLES. — Epithélioma de l'intestin : double entérorraphie. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1898, n° 4, p. 46.
- LITTLEWOOD. — Cancer du côlon : 14 côlectomie. Obs. IV. *The Lancet* 1903.
- LOBINGIER (A. S.). — Perforating jejunal ulcer with spontaneous jejuno-colic fistula. *West. J. of surg.* 43, Juin 1935, p. 305-312.
- LÆWY (G.). — Les fistules jéj-côl. par ulcère perforant après gastro-entérost. *Paris 1921 Thèse*.
- LUIS Y YAGUE. — Fistule jéj-côl. par ulcère. *Archivos españoles de Enfermedades del aparato-digestivo y nutrición Madrid*. an VIII, n° 5, Mai 1925.
- MACHADO-MACÉDO (M.). — Fistula jej-colica. *Med. contempor.* 47, 28 avr. 1929, p. 149.
- MINDELEINE et ROSENHEIM. — Fistule duod-côl. simulant une stéatorrhée idiopathique. *Lancet*, Oct. 35.
- MOONS. — Fistule caeco-iléo-vésico-colique par bloc appendiculaire. *Le Scalpel*, année XXXI, N° 1, Janv. 1933.
- MORESTIN. — Le cancer du côlon pelvien. *Bullet. de la Soc. anat.*, 1900 et 1901.
- NICOLAYSEN. — Résect. de l'S iliaque par voie rectale. *Nordiskt. med. Arkiv*, 1882, T. XIV, N° 13.
- POLOSSON. — Deux cas de cancer de l'intestin. Pas d'occlusion, mais anastomose intestinale spontanée (*Lyon méd.*, 1899, 16 avril, p. 58).

- ROBERTSON (W. E.). — Jejuno-colic fistula. *J. A. M. A.*, 91, 27 oct. 1938, p. 1259.
- SALEK. — Fistule duodé-col. par cancer de l'angle droit et découvert à l'autopsie d'un homme décédé d'une cachexie très rapide. *Lancet*, vol. 29, 16 nov. 1935, p. 1117.
- SCRINGER (F. A.). — Technic for management of gastro-jej. with or without gastro-colic or jej-colic fistula *Ann. surg.*, 104, Oct. 1936, p. 594.
- SEMENTZAC. — Le fistole diguino-coliche. Diagnostica clinica e radiologica. *Rad. méd.* 17 : Fév. 1930, p. 125.
- VAN DER HOVEN. — Cancer du côlon ascendant adhérent fortement à une anse grêle. *Nederlandich Tijdschrift voor geneeskood*, 1899, N° 9, p. 364.
- VISCHIA (Q.). — Fistule duodéno-colique après ulcère duodénal traité par gastro-entérostomie. *Arch. di Radio*, 7 : p. 1086, Sept-Déc. 1931.
- WARC (M.). — Jejuno-colic fistula. *Ann. surg. Phild.*, 1920 LXXII, p. 607.
- WASSILIEFF IN FRANTZ KE. — Résection du cæcum pour cancer. *Lietopiss rousski chirurgie*, 1898, III, fas 2, p. 280.
- WELSH (D. A.). — Contact spread of cancer and progress cancerogensis in sidu illustrated in intestine. *J. cancer Research com. univers.* Sidney 7 : May 1 1936, p. 185.
- WOLLE COMBE (W.). — Entérectomie pour cancer *The British medical journal*, 10 janv. 1903, p. 71.
- ZELASCO (A. M.). DALLORSO (J. B.). — Fistule jej-coliq et ulcère peptique du jej consécutifs à la gastro-entérostomie. *Semana med.* 2 août 1934, 2 : p. 322.
- Toulouse médical*, N° 12, T. XII, 1^{er} juil. 1910. Sur un cas de néoplasme du côlon avec fistule dans l'iléon.

